



Запрос документов о болезни/нетрудоспособности Documentation Request for Medical/Disability Condition

Уважаемый поставщик медицинских услуг,

_____ (имя клиента) сообщил(а) нам о том, что болезнь не позволяет ему (ей) участвовать в мероприятиях программы WorkFirst или ограничивает его (ее) участие в таких мероприятиях, которые могут включать в себя поиск работы, подготовку к работе, классы по обучению, профессиональную подготовку или работу.

Просьба заполнить приложенную форму с описанием ограничений возможностей клиента.

Мы используем эту информацию для определения уровня участия клиента в поиске работы, подготовке к работе, классах по обучению, профессиональной подготовке или работе в объеме до 40 часов в неделю.

Предоставьте нам, пожалуйста, информацию до _____ (последний срок). Если мы не получим от вас никакой информации, мы можем потребовать от клиента участия в вышеуказанных видах мероприятий в течение полной рабочей недели, в объеме до 40 часов в неделю.

Если у вас возникают какие-либо вопросы, или вам нужно больше времени для того, чтобы отправить нам информацию, просьба позвонить мне по телефону _____ (номер работника).

Благодарю вас,

Имя работника

Запрос документов о болезни/нетрудоспособности Documentation Request for Medical/Disability Condition

ИМЯ КЛИЕНТА	ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР КЛИЕНТА
ИМЯ РАБОТНИКА ПРОГРАММЫ WORKFIRST	НОМЕР ТЕЛЕФОНА

АДРЕС ОТДЕЛА ОБЩЕСТВЕННЫХ УСЛУГ (CSO)

Чтобы помочь департаменту определить ограничение(я) возможностей вышеназванного лица, предоставьте, пожалуйста, следующую информацию:

1. Имеет ли данное лицо конкретные проблемы с физическим, психическим, эмоциональным здоровьем или развитием, которые требуют создания специальных условий, или которые необходимо принимать во внимание? Да Нет Если да, укажите тип(ы) заболевания(й) или диагноз:

Подтверждается ли это какими-либо тестами, результатами лабораторных анализов и т.д.? Да Нет
Если да, приложите и пришлите соответствующие документы.

2. Ограничивает(ют) ли заболевание(я) способность лица выполнять работу (например, поднимать тяжести, стоять или сидеть в течение долгих периодов времени, следовать инструкциям, наклоняться, поднимать руки над головой, концентрироваться в течение долгих периодов времени, производить повторяющиеся движения, взаимодействовать с другими людьми и/или работать с химикатами, искусственными материалами и т.д.)? Да Нет

Если да опишите все конкретные ограничения:

Если да, следует ограничить участие данного лица в таких мероприятиях до следующих недельных пределов:

- 0 часов (отсутствие способности участвовать в мероприятиях) 1 – 10 часов 11 – 20 часов
 21 – 30 часов 31 – 40 часов

3. Ограничивает(ют) ли заболевание(я) способность лица участвовать в мероприятиях, связанных с подготовкой к работе и поиском работы (например, посещать классы по обучению или профессиональной подготовке, на которых может возникнуть необходимость сидеть в течение долгих периодов времени, заполнять заявления о приеме на работу, что может потребовать использование памяти, умения читать/писать и собирать информацию, назначать встречи и являться на них, пользоваться транспортом, стоять в очереди, проходить собеседования, выполнять требования письменного плана трудоустройства и/или отстаивать собственные интересы)? Да Нет

Если да, опишите ограничения:

Если да, следует ограничить участие данного лица в таких мероприятиях до следующих недельных пределов:

- 0 часов (отсутствие способности участвовать в мероприятиях) 1 – 10 часов 11 – 20 часов
 21 – 30 часов 31 – 40 часов

4. Ограничена ли способность данного лица поднимать и переносить предметы? Да Нет

Если да, ограничения данного лица заключаются в следующем:

- Сидячая работа: может часто переносить предметы весом до пяти (5) фунтов, иногда – предметы с максимальным весом в 10 фунтов.
 Легкая работа: может часто переносить предметы весом до десяти фунтов, иногда – предметы с максимальным весом в 20 фунтов.
 Работа средней тяжести: может часто переносить предметы весом до 25 фунтов, иногда – предметы с максимальным весом в 50 фунтов.

5. Влияет(ют) ли заболевание(я) данного лица на его/ее способность получать доступ к услугам (например, пользоваться телефоном, проходить лечение, назначать встречи и являться на них, пользоваться транспортными услугами, находить места оказания услуг)? Да Нет

Если да, опишите:

6. На какой срок, предположительно, будет ограничена способность данного лица работать, искать работу или проходить профессиональную подготовку?

_____ недель _____ месяцев _____ Это постоянная проблема.

7. Подготовили ли вы конкретный план лечения в отношении проблемы со здоровьем или нетрудоспособности данного лица? Да Нет

Если да, опишите план лечения.

8. Имеются ли какие-либо конкретные вопросы, которые требуют дальнейшей оценки или освидетельствования? Да Нет

Если да, просьба указать, какого типа оценка или освидетельствование необходимы, и к какому специалисту следует направить данное лицо.

ПОСТАВЩИК МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ/СПЕЦИАЛИСТ ПО ОХРАНЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ/ДРУГОЙ СПЕЦИАЛИСТ

ПОДПИСЬ	ДАТА	НОМЕР ТЕЛЕФОНА
---------	------	----------------

ИМЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ

ПОЧТОВЫЙ АДРЕС	ГОРОД	ШТАТ	ИНДЕКС
		WA	

РАЗРЕШЕНИЕ НА ПЕРЕДАЧУ ИНФОРМАЦИИ

Я разрешаю _____ передать в Department of Social and Health Services (Департамент социального обеспечения и здравоохранения) информацию, содержащуюся в данной форме, и любую информацию из медицинской документации, которая подтверждает наличие болезни/травмы, не позволяющей мне работать, для использования такой информации единственно с целью оценки моей способности к участию в мероприятиях программы WorkFirst. Я понимаю, что данное разрешение в частности касается передачи информации о диагностических тестах или лечении у специалистов по охране психического здоровья, лечения от алкоголизма или наркомании и результатах тестов на наличие Sexually Transmitted Diseases (венерических заболеваний - STD), включая HIV/AIDS (ВИЧ/СПИД), когда такая информация является частью документации. (Пересмотренный кодекс штата Вашингтон (RCW) 78.24.105)

ПОДПИСЬ ПАЦИЕНТА	ДАТА
------------------	------

ИНСТРУКЦИИ

Куратор/социальный работник программы DSHS WorkFirst: Цель данной формы – помочь вам в составлении Individual Responsibility Plan (плана индивидуальной ответственности) в случае, когда в результате болезни или нетрудоспособности меняется способность лица выполнять работу, заниматься поиском работы, посещать обучение и/или получать доступ к услугам. **Использование данной формы НЕОБЯЗАТЕЛЬНО, если имеется другая документация.** Вы можете отдать данную форму подателю заявки/получателю пособия, чтобы он передал ее поставщику профессиональных услуг для заполнения, или вы можете отправить форму почтой непосредственно поставщику услуг. Если вы решите отправить данную форму почтой, приложите конверт с оплаченным почтовым сбором, на котором указаны ваш адрес и ваше имя для обеспечения возврата формы надлежащему лицу.

Клиент DSHS: Цель данной формы – получить от поставщика медицинских услуг информацию, которая поможет вашему куратору или социальному работнику в рассмотрении вопросов, связанных с вашим здоровьем, и составлении Individual Responsibility Plan, который бы максимально соответствовал вашим конкретным потребностям и ограничениям.

Врач/поставщик медицинских услуг: Для того, чтобы взрослые клиенты могли получать государственное пособие (TANF), они обязаны работать, активно искать работу или проходить профессиональную подготовку в течение 32-40 часов в неделю. Некоторые клиенты могут быть не в состоянии выполнять данное требование из-за проблем со здоровьем. Этим клиентам может потребоваться временное освобождение от участия в мероприятиях, связанных с трудоустройством, возможно, они способны участвовать в мероприятиях, но в течение ограниченного количества часов, или им может быть необходимо избегать определенные виды мероприятий, связанных с трудоустройством. Просьба заполнить данную форму и передать ее клиенту или отправить форму куратору или социальному работнику программы WorkFirst в приложенном конверте ИЛИ отправить нам любые записи, письма или другие документы, уже имеющиеся в вашем архиве, в которых освещаются вопросы ограничений возможностей данного лица.